Alcántara (F)

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

BREVES CONSIDERACIONES

Acerca del diagnóstico y tratamiento

DEL EMBARAZO COMPLICADO DE QUISTE OVÁRICO.

TRABAJO INAUGURAL

Que para el examen general
de Medicina, Cirugía y Obstetricia, presenta al Jurado Calificador

FILOGONIO ALCÁNTARA

Ex-alumno de la Escuela N. Preparatoria, de la de Medicina de México,
Practicante supernumerario de los Hospitales, "Morelos," "Militar" y "González Echeverría."
Primer practicante de la Sección Médica, adscrita á la séptima Inspección de Policía
del Gobierno del Distrito Federal, Practicante del Hospital general de San Andrés, interno del Hospital de
Jesús y Prosecretario de la "Sociedad Filoiátrica."

MÉXICO
IMPRENTA DEL GOBIERNO EN EL EX-ARZOBISPADO,
(Avenida Oriente 2, número 726.)

1890

Sr. Sris.

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

BREVES CONSIDERACIONES

Acerca del diagnóstico y tratamiento

DEL EMBARAZO COMPLICADO DE QUISTE OVÁRICO.

TRABAJO INAUGURAL

Que para el examen general
de Medicina, Cirugía y Obstetricia, presenta al Jurado Calificador

FILOGONIO ALCÁNTARA

Ex-alumno de la Escuela N. Preparatoria, de la de Medicina de México,
Practicante supernumerario de los Hospitales, "Morelos," "Militar" y "González Echeverría."
Primer practicante de la Sección Médica, adscrita á la séptima Inspección de Policía
del Gobierno del Distrito Federal, Practicante del Hospital general de San Andrés, interno del Hospital de
Jesús y Prosecretario de la "Sociedad Filoiátrica."

MÉXICO
IMPRENTA DEL GOBIERNO EN EL EX-ARZOBISPADO,
(Avenida Oriente 2, número 726.)

1890

A la sagrada memoria de mis virtuosos

Y

ADORADOS PADRES.

A la venerada memoria de mi querido tio

El Sr. Lic. Antonio Zimbron.

A MI QUERIDO PRIMO

EL SR. CÁRLOS QUAGLIA.

Insignificante demostración de cariño y agradecimiento.

Al Sr. Dr. Manuel Carmona y Valle

Gratitud y respeto al sabio maestro.

A LOS SEÑORES DOCTORES

Ricardo Fuertes y Tomás Noriega

Pequeña manifestación de agradecimiento sin límites y de grande estimación
por la buena amistad é innumerables distinciones con que se han servido favorecerme.

A LOS SEÑORES DOCTORES

MANUEL GUTIÉRREZ Y NICOLÁS SAN JUAN

Reconocimiento profundo y sincera estimación.

La buena fortuna que tuve de contar en mi práctica entre los hospitales en que pudiera observar algunos casos clínicos al de Jesús, me ha impulsado á escribir el presente trabajo, inspirado por la grata impresión que produjera en mi ánimo la notable ovariotomía que en mujer grávida, reconocida previamente la ocupación del útero, se practicara por primera vez en México en las hábiles manos del distinguido cirujano Sr. Dr. Tomás Noriega.

Los avances siempre crecientes que en alas del progreso impulsan á la humanidad, no se han dejado sentir menos en las diferentes ramas de la ciencia y por esto vemos que ideas emitidas en obras de reciente publicación, envejecen rápidamente por el perfeccionamiento que falanges numerosas de sabios investigadores imprimen día á día á los medios de exploración para el conocimiento de las numerosas afecciones que aquejan á la humanidad y del tratamiento oportuno que ha de remediarlas.

La cirugía ginecológica ha obedecido, correspondiendo con creces, á este llamamiento que en nuestros tiempos se ha hecho al saber humano. Comprueban mi aserto las opiniones profesadas en el siglo antepasado, durante una buena época del cual se atribuía á la hidropesía de la matriz,

el desarrollo en el vientre de la mujer de colecciones líquidas diferentes, haciéndose funesta confusión con distintos padecimientos de naturaleza diversa. Ya á fines de aquel siglo Riedlin y Morgagni reconocieron que el órgano hidrópico no era otro sino el ovario.

Después de estos trabajos Schoropff publicó un escrito sobre la hidropesía del ovario emitiendo la opinión de que si no fuera tan cruel y peligroso hacer la extirpación del órgano hidrópico, fácilmente sanarían las enfermas.

La primera ovariotomía se practicó á principios del siglo XVIII habiendo caído en el más completo descrédito. del que empezó á salir hace treinta años, para vindicarse completamente en nuestros días.

Siguieron después diversos estudios sobre la naturaleza de los quistes, su estructura histológica, tratamiento, complicaciones, etc., que forman un trabajo completo é interesante de esta importante afección.

Estos quistes, sin embargo, ya bien estudiados en el lapso de un tiempo considerable, pueden coincidir con un embarazo oponiéndose al desarrollo fácil y expedito de la matriz en algunos casos y dar lugar en otros, á trastornos gravísimos que ponen en peligro la vida de la mujer y del producto que ésta lleva en su seno.

Durante el siglo que sucedió al descubrimiento de esta afección, nada se encuentra que pueda probar que la sagacidad de algún observador fuese despertada por la coexistencia posible de un embarazo y un quiste, pues Shamberg relata solamente el caso (1707) de una mujer que murió durante el parto y en cuya autopsia quedó demostrada la existencia de un quiste ovárico, que habiendo sido causa de distocia produjo la muerte de la enferma. Doeverin en 1765, intentó hacer la versión en un parto complicado de quiste ovárico, que no tuvo resultado feliz, pues madre é hijo sucumbieron.

Viene después la tercera y última observación del siglo XVIII, perteneciente á Baudelocque y Lauverjat referida por este último en su nuevo método de practicar la operación cesárea y por el primero en su tratado de partos (3ª ed., p. 375), en la cual fué tomado el quiste por una exóstosis, tratándose ya de proceder á la operación cesárea, cuando la versión vino á terminar felízmente aquel comprometido caso.

Estaba reservado al presente siglo, el estudio y la resolución satisfactoria de problema tan complicado.

Se encuentran en las primeros años, algunas observaciones aisladas que se ocupan del asunto y que constituyen la base de las presentadas por Park y Merrimann, quien había por este medio reunido 18 observaciones de tumores del ovario, que habían dado lugar á obstáculos para la fácil terminación del parto.

Burns se ocupa poco después del estudio importante del sitio anatómico del quiste, considerando la cuestión especialmente desde el punto de vista del tratamiento.

Blundel en 1828 continúa sus estudios en este mismo sentido para los tumores que llama recto-vaginales, notando que en diez casos, nueve al menos son de origen ovárico. Velpeau en 1835 trata también la cuestión, considerándola muy especialmente desde el punto de vista obstétrico; pero hay que llegar al año de 1840 para encontrarnos con el primer trabajo completo en su género; el producido por Rodolfo Puchelt, discípulo de Naegele. En esta producción escrita en latín y titulada: "De los tumores de la pelvis que impiden el trabajo del parto," el autor reunió 24 observaciones, de las cuales 17 pertenecen á afecciones ováricas bien descritas.

Hirsch más tarde (1834) reunió 92 casos de tumores ováricos complicando el embarazo y dando toda la extensión que puede tener el asunto al tratarse, considera la in-

fluencia que aquellos pueden tener sobre la concepción, el embarazo y el parto. Jetter en 1861 continúa la obra de sus antecesores y reune ya 165 casos, formando de ellos una estadística, que permite estudiar la gravedad de esta complicación y analiza en seguida las dificultades del trabajo del parto y los diferentes medios de tratamiento.

Playfair presenta poco después á la sociedad de obstetricia de Londres, 51 casos de quiste ovárico complicando el parto y los tratamientos empleados por este autor. Toporski se ocupa de los quistes que complicando el embarazo y no pudiendo ser rechazados necesitan la incisión.

Analizaremos, aunque de un modo muy breve, la parte histórica también que se refiere á las complicaciones que durante el embarazo mismo pueden presentarse, cuestión llena de interés que estudiaremos en detalle al ocuparnos del tratamiento.

Litzman había indicado los peligros que durante la gestación, podía tener una mujer grávida que llevara á la vez un quiste ovárico. Hirsch y Jetter los han estudiado. Desde luego se presenta la cuestión, de si se obrará sobre el producto de la concepción, ó sobre el quiste y vemos á Barnes instituyendo como método, provocar el aborto.

Stoltz, Spencer Wells, Polaillon, Olshausen, Kaltemback prefiriendo atacar el quiste, establecen las reglas que hay que seguir para practicar la punción, disminuyendo de esta manera su volumen que tanto durante la gestación como en el momento mismo del parto, puede ser causa de graves peligros. Desconociendo la existencia del embarazo por las graves dificultades de que está rodeado el diagnóstico en algunos casos, Burd, Marion, Sims, Pollock, Spencer Wells y otros descubren al practicar la laparotomía al útero grávido y los buenos resultados obtenidos, hacen tratar la cuestión de la ovariotomía durante el embarazo, pero tan solo en los casos en que deba recurrirse

á ella como medio extremo. Muy poco después ya se presenta el mismo Spencer Wells ante la sociedad de cirugía de Londres, como partidario más decidido de la ovariotomía durante el embarazo, haciendo relación de los diversos casos en que habiendo intervenido, obtuvo felices resultados ya para la madre, ya para ésta y el hijo á la vez.

Schræder en 1878 ante la Sociedad obstétrica y ginecológica de Berlín, aduce 7 casos en que obtuvo éxito feliz en todos para la madre y Stratz en un trabajo sobre los tumores que obstruyen el canal pélvico en la mujer, relata hace cuatro años, 14 observaciones de ovariotomía, practicadas en mujer grávida en la clínica de Schræder, en las que hubo un aborto solamente.

Finalmente, los resultados obtenidos últimamente por Spencer Wells quien en 11 casos ha visto sobrevenir el aborto dos veces y por Lawson Tait quien en su estadística de ovariotomías cuenta tantos éxitos para la madre y el hijo á la vez, cuantas han sido las operaciones practicadas que llegan á 10, hacen nacer en el ánimo del operador la confianza de obtener felices resultados siempre que obsequiando las reglas generales ya establecidas para la cirugía abdominal, no descuide la menor precaución para ser rigurosamente antiséptico, pues como dice el mismo Lawson Tait en su excelente artículo sobre la ovariotomía (Enferm. de los ovarios. Pág. 329. Art. Ovariotomía) "no hay operación quirúrgica en que la enferma parezca estar en condiciones más propicias para ser infectada por agentes sépticos, siendo apenas suficientes las precauciones que se tomen contra ellos por grandes que sean."

DIAGNOSTICO.

Para proceder con método á esta parte importante del estudio que hemos emprendido, dividiremos á los quístes, según el sitio anatómico que ocupen, en abdominales y pélvicos, comprendiéndose en una y otra de estas divisiones, los que estando colocados, tanto en la pelvis como en el abdomen, corresponden á la variedad conocida con el nombre de "pélvico-abdominales."

Los quistes pélvicos se reconocen por el tacto vaginal. combinado con maniobras externas.

Los abdominales son accesibles por la pared abdominal, y tanto éstos como los primeros deben saberse distinguir de los tumores, sea patológicos ó fisiológicos (embarazo gemelar) que se pueden desarrollar en estas regiones, así como de estados particulares que pueden hacer pensar en la existencia de un quiste ovárico. Reconocer la presencia de este tumor y la existencia concomitante de un embarazo, eliminando por medio de un diagnóstico diferencial, todos los padecimientos ó causas de cualquier género que pudieran inducirnos en error, será el camino, á no dudarlo más seguro, y el que adoptaremos desde luego en el curso de esta parte de nuestro trabajo.

Quistes situados en el canal pélvico.

El diagnóstico de esta variedad de quistes interesa mucho, por las dificultades que ocasionan durante el trabajo del parto, en razón del sitio que ocupan. Tenemos que estudiar los medios que debemos utilizar para reconocer la existeneia del embarazo, la presencia de un tumor, y apreciar la naturaleza que éste tenga.

El diagnóstico del embarazo es por lo común fácil de hacer; pero si se atiende á que en los primeros meses, cuando faltan los signos de certidumbre, presenta reales dificultades reconocer el estado de ocupación del útero por un producto de concepción, tendremos que fijarnos en la necesidad de reunir todos los datos que en este período de la preñez existen, para llegar al diagnóstico: en efecto, el reblandecimiento del cuello uterino, la amenorrea, las modificaciones de los senos, los trastornos gástricos que se observan en esta época del embarazo, pueden ayudarnos muy favorablemente; pudiéndose además utilizar como medio muy útil de diagnóstico de embarazo incipiente, los signos señalados por el Sr. Dr. Nicolás San Juan, que hemos tenido la oportunidad de ver comprobados en la clase de ginecología en nuestra Escuela, que consisten en la esfericidad completa del útero, la sensación de caucho que da al tacto y el aumento de tamaño del órgano, apreciando así las modificaciones que ofrece en su forma, consistencia y volumen.

El quiste ovárico puede ser manifiestamente fluctuante, en cuyo caso el diagnóstico es fácil si se puede practicar, sobre todo al principio del embarazo, la exploración bimanual que proporciona datos muy útiles sobre la naturaleza quística del tumor.

El tacto rectal y vaginal combinados, pueden en este caso proporcionarnos la seguridad de que el tumor se encuentra entre el recto y la vagina. Muchas veces la sensación percibida, es la de un tumor elástico.

El sitio del quiste, así como su consistencia, pueden exponer á errores de diagnóstico. En los primeros meses del embarazo, puede hacer pensar el desalojamiento ocasionado en el útero por la presencia hacia atrás del quiste, en una retroversión del útero grávido: se observa en efecto la misma disposición en la matriz retrovertida: cuello hacia adelante, tumor hacia atrás, trastornos en la micción y en la defecación, síntomas ó signos de embarazo.

Utilizando la anestesia, puede en este caso llegarse al diagnóstico, asegurándose por este medio de la naturaleza real del tumor. El desalojamiento de éste permitirá salir de la duda, siendo además un medio de tratamiento.

El hematocele retro–uterino es demasiado raro en la época del embarazo, para que pueda dar lugar á confusión.

El embarazo extra–uterino presenta síntomas que pueden ser confundidos con los de un embarazo uterino complicado de quiste ovárico pélvico. Se tienen en los dos casos los signos racionales del embarazo, y cuando el huevo se desarrolla en la fosa de Douglas, desaloja hacia adelante el cuello uterino, presentando éste á la vez algunas modificaciones propias del embarazo normal.

El dolor, la inmovilidad del quiste fetal, los ataques de peritonitis, juntamente con el cuadro grave que acompaña el embarazo extra–uterino, permitirán distinguirlo del tumor ovárico, indolente, móvil y que no da lugar á las manifestaciones graves que se observan en el embarazo en que hay error de lugar.

Los tumores fibrosos del útero que se encuentren, ya en el cuello ó en el segmento inferior, los de la misma naturaleza implantados en el cuerpo del útero, que no siendo

sesiles, están provistos de largo pedículo, dan lugar á la confusión con un quiste ovárico, cuando presentan al reconocimiento una sensación de falsa fluctuación.

Cuando el reconocimiento tiene lugar durante el trabajo del parto, la tensión exagerada que los quistes pélvicos sufren por las contracciones uterinas, puede hacer pensar en la existencia de fibroma, haciéndose así en sentido inverso la confusión, como refiere Tarnier haberle acontecido en una ocasión, en que habiendo aplicado el forceps para terminar un parto distócico, por la presencia de lo que él creía un fibroma, la autopsia vino á demostrarle que se trataba de un quiste ovárico.

Hay que combinar el tacto rectal y el vaginal con la palpación abdominal, para apreciar los caracteres físicos de cada tumor, lográndose por este medio desalojarlo, y tener así la convicción de que no hace parte del útero.

El quiste, además, desciende casi siempre al fondo útero–rectal, y por el tacto se pueden apreciar su superficie redondeada, resistencia, depresibilidad y fluctuación que hay que buscar, sobre todo en el intervalo de las contracciones, cuando el reconocimiento se haga durante el trabajo.

Tenemos, además, un elemento importantísimo para establecer la distinción en estos casos, que consiste en la presencia constante de las menorragias y metrorragias que acompañan á los tumores fibrosos.

Puede presentarse un tumor de naturaleza maligna que se distingue fácilmente por los dolores que ocasiona, los infartos ganglionares que le acompañan, por los antecedentes hereditarios, y muy particularmente por los graves trastornos que ocasiona en el estado general de las enfermas, sobre el cual los quistes no tienen acción perjudicial.

Los tumores sólidos pueden también confundirse con los quistes ováricos, como ha acontecido ya á respetables prácticos, contándose entre ellos Baudelocque, quien,

en un caso, tomó por una exostosis un quiste ovárico, tratando de proceder á la operación cesárea, cuando por medio de la versión se terminó el parto. La fijeza absoluta del tumor hará pensar en su naturaleza, que no se podrá confundir con un quiste ovárico, más ó menos capaz de ser desalojado, y cuya consistencia podrá distinguirse de la del tumor sólido.

Los quistes hydáticos de la pequeña pelvis, pueden ser confundidos también con un quiste ovárico. Porak, que ha estudiado estos quistes, dice que estos tumores pueden presentar la misma forma y consistencia, ser tan indolentes y dejar de influir, tanto en el estado general de la enferma como los quistes ováricos; asemejándoseles además por idénticos caracteres físicos y por la misma marcha. Si el tumor está situado en el tabique recto vaginal ó en otro punto de la pequeña pelvis, la determinación precisa del sitio que ocupa, permitirá excluir la idea de un quiste ovárico; pero si el tumor está situado en el fondo de Douglas, no se podrá determinar su naturaleza, sino recurriendo á una punción exploradora, que se practicará con un trocar muy fino, y sólo en el caso de que sea necesario suprimir el obstáculo. El líquido es generalmente claro, transparente, y contiene los ganchos de los equinococos.

La retención de las materias fecales y de la orina, no podrán ocasionar un equívoco, por ser de precepto proceder siempre antes de cualquiera operación toconómica ó tocúrgica, á la evacuación del recto y la vejiga. Tratándose de la plenitud de ésta, como refiere Herrgott, testigo presencial durante su internado en la clínica de Stoltz, se presentó un caso bastante raro en el que un parto se había hecho distócico, no pudiendo ser terminado por la presencia de un tumor voluminoso de consistencia blanda, situado en la parte posterior derecha de la pelvis. Dicho tumor se endurecía notablemente durante las contracciones ute-

rinas, y se relajaba suficientemente para sentirse fluctuante cuando el útero reposaba; no sabiendo de qué pudiera tratarse, se había pensado en proceder á una punción exploradora que iba á practicarse, cuando por los antecedentes dados por la enferma, se creyó conveniente proceder antes á la introducción de la sonda en la vejiga, habiendo salido una enorme cantidad de orina. Se examinó luego á la enferma, y se notó que el tumor había desaparecido, verificándose á poco el parto con grande facilidad.

Quistes situados en la cavidad abdominal.

Varios casos pueden presentarse al hacer el reconocimiento de una mujer embarazada, que tiene además un quiste ovárico abdominal.

Dos tumores se dibujan claramente, aun á la inspección simple, separados por un surco; se aprecian fácilmente en estas condiciones por medio de la palpación, bastando sólo reconocer la naturaleza de cada uno de ellos.

El interrogatorio permitirá recoger los datos relativos á la preexistencia de un tumor, situado más bien de un lado del abdomen que del otro antes de la aparición del que se ha presentado con posterioridad teniendo los caracteres del embarazo, y cuando la enferma tiene motivo para creerse embarazada. Por medio de la palpación se aprecia fácilmente la separación de los dos tumores; buscándose con cuidado los caracteres propios á cada uno, el volumen, los límites del quiste, y sobre todo, el fenómeno importantísimo de la fluctuación.

El tacto vaginal puede utilizarse con ventaja para reconocer el estado de los ovarios, la ausencia de alguno de ellos nos haría inclinar en favor del diagnóstico de quis-

te, y en el caso de que hubiera prolongamiento de un tumor de esta naturaleza á la pelvis, por medio del tacto se reconocería también su naturaleza fácilmente, y se apreciaría bien la fluctuación. Al lado de éste, que todos los datos nos hacen pensar en un quiste ovárico, se encuentra un segundo tumor, en el que debemos caracterizar el embarazo, por los signos que le son propios; por la palpación se reconocerá el desarrollo del útero, se notará la presencia de ciertas regiones del feto, sus movimientos y los relieves de las pequeñas partes fetales; la auscultación permite oir los latidos del corazón del feto; por medio del tacto vaginal, nos daremos cuenta de las modificaciones que el cuello del útero presenta, y en un momento dado, puede percibirse el *baloteo* y encajamiento cefálico.

La separación de estos dos tumores se verifica como lo hemos indicado, por medio de un surco que se encuentra colocado diferentemente. Algunas veces dicha separación es completa, encontrándose la depresión colocada verticalmente, que es lo más frecuente.

En otros casos la depresión sólo se encuentra en la parte superior, como refiere Scott haberlo observado en una mujer que tenía un quiste multilocular.

El surco de separación puede tomar una dirección transversal, debida á que el quiste ovárico colocado hacia atrás y arriba del útero, excede á éste en tamaño sobrepasándolo: la descripción de un hecho de este género, se encuentra detallado en una observación del Dr. Herrgott. Examinando cuidadosamente de cada lado del surco, se encuentran caracteres diferentes: por una parte los del quiste: fluctuación, superficie lisa y unida algunas veces, otras irregular, forma generalmente diversa de la del útero grávido; por otra, los caracteres que este órgano tiene cuando lleva un producto de concepción: forma ovoidal regular, movimientos del feto, latidos fetales, y sobre todo,

un endurecimiento pasajero que puede observarse en un momento dado, con acentuación de la forma del órgano, cuyo signo propio, tan sólo de útero grávido, tiene gran valor diagnóstico y ha sido ya señalado por P. Dubois.

Debe sin embargo, hacerse notar, que en los embarazos gemelares existe también algunas veces este surco de separación, pero encontraremos en cambio los signos de embarazo gemelar.

Por la inspección se nota el diámetro transverso del útero, mucho mayor que el longitudinal.

La palpación nos permite encontrar dos cabezas, situadas por ejemplo, una hacia arriba y otra hacia abajo, dos dorsos y muchas partes pequeñas.

La auscultación nos permitirá oir los latidos, no isócronos, de los corazones fetales en dos puntos distintos de la matriz, separados por un intervalo, en el cual no se percibe ningún ruido, sobre todo cuando no tienen la misma intensidad ni la misma frecuencia.

El segmento inferior del útero se encuentra además muy elevado, de manera que no es fácil tocar alguna parte pequeña del feto, y por último, la mujer siente los movimientos fetales de los dos lados. Los quistes del ovario pueden también, aunque raras veces, como pudo observarlo Howitz en una ovariotomía, presentar un surco claramente marcado, pero independientemente de la rareza de este caso, la ausencia completa de los signos del embarazo facilita el diagnóstico.

Un tumor myo-fibroso del útero puede durante el embarazo, adquirir una consistencia suficientemente blanda, para dar la sensación de falsa fluctuación, haciendo creer que se trata de un quiste ovárico un poco tenso aplicado contra el útero, pero separado por una depresión.

Error difícil de evitar es éste y en el que han caído distinguidos ginecólogos, como Backer Brown, Hergott,

Thornton y algunos otros, y que han rectificado al hacer la laparotomía, creyendo que se trataba de un quiste ovárico. Las menorragias y metrorragias anteriores al embarazo. podrían servir para aclarar el diagnóstico así como la punción exploradora.

Existe otra variedad de tumores dependientes del útero, llamados cisto–myo–fibromas que favorece aun más la confusión con el quiste ovárico, por tener, como su nombre lo indica, cavidades llenas de líquido que hacen menos eficaz para el diagnóstico el único recurso decisivo en estos casos; la punción exploradora. Al practicarse ésta, con toda prudencia, en el lugar más fluctuante y después de que alguna contracción despertada en el útero nos haya permitido apreciar el relieve de éste con mayor precisión y distinguirlo del tumor menos contráctil, da por resultado la salida de cierta cantidad de líquido, que analizado al microscopio puede por los cristales de colesterina que existieran en él, inclinarnos á la idea de quiste del ovario.

Un embarazo extra–uterino coexistiendo con un embarazo intra–uterino, puede también á la palpación dar signos equívocos, haciendo suponer la existencia de un quiste ovárico que acompaña á un útero grávido. Es muy rara la coexistencia del embarazo intra y extra–uterino; pero en el supuesto de que se presentara este caso, la palpación revelaría la presencia de pequeñas partes del producto muy superficiales, se encontrarían, auscultando, dos focos de latidos fetales y sobre todo, la historia de la enferma proporcionaría síntomas que no podrían referirse sino al embarazo extra–uterino.

Existen además de éstos, otros casos llenos de grandes dificultades para el diagnóstico, debidas á la distención exagerada de las paredes del vientre, que impiden darse cuenta del contenido de éste: el hydro–amnios, por ejem-

plo, llevado á un grado exagerado, el embarazo gemelar con hydropesía de uno de los huevos, el embarazo extra-uterino con hydropesía del amnios, la ascitis complicada de embarazo en el que puede además haber hydro-amnios, son casos en que no se sabe si existe quiste ovárico, teniendo como medios para hacer el diagnóstico, los antecedentes ministrados por la enferma que ha visto desarrollarse un tumor localizado en el vientre, antes de sobrevenir el embarazo y cuyos caracteres son tales, que pueden referirse al quiste ovárico.

Se utilizará el momento en que alguna contracción uterina permita limitar la forma y dimensiones del útero, haciéndose así un poco más accesible el diagnóstico; así como el cambio de posiciones de la enferma en el decúbitus supino, para apreciar el desalojamiento de la macicez á la percusión en el caso de que haya ascitis; sin embargo, son estas las condiciones en que los errores de diagnóstico, han sido cometidos por los más hábiles y reputados ginecólogos.

La presencia del útero grávido puede pasar desapercibida, haciéndose sólo el diagnóstico del quiste ovárico, debido á la colocación de éste delante del útero. La mujer no nota los movimientos del feto, por no estar en contacto las pequeñas partes de éste con la pared abdominal, que únicamente los puede sentir. Frecuentemente también en estos casos, el cuello del útero se alcanza difícilmente por estar colocado atrás y hacia arriba y refiriendo la amenorrea al padecimiento ovárico, el error es inevitable y de graves consecuencias en el caso de intervención operatoria, si no se buscan con cuidado los demás caracteres del embarazo que á pesar de no ser signos de certidumbre, la reunión de varios de ellos impone la necesidad de cerciorarse del estado del útero. Independientemente del valor que el conjunto de algunos signos propios del embarazo puede tener para el diagnóstico, se han aconsejado dos

medios que consisten el uno en abatir el útero tirando sobre el cuello, para reconocer el estado que éste tenga y el otro en hacer una punción al quiste en el punto más fluctuante, para que después de evacuado su contenido puedan reconocerse las condiciones que el útero guarda.

TRATAMIENTO.

Colocados bajo el mismo punto de vista los diversos autores cuyas ideas vamos á ojear rápidamente, es decir, con el deseo de sustraer á la mujer embarazada de los peligros á que tiene que verse expuesta por el hecho de llevar un quiste ovárico, han propuesto métodos diametralmente opuestos. Barnes, preocupándose particularmente de las dificultades del parto, que deduce del estudio de la estadística que pudo formar, muy desfavorable para las enfermas, trata de evitar los riesgos del parto complicado de quiste y quiere que se interrumpa siempre el curso de la gestación, erigiendo en método y de indicación absoluta, el parto prematuro, ó el aborto. Otros cirujanos que han visto terminarse con felicidad, varios embarazos complicados de quiste ovárico, optan por la expectación pensando además, que durante la gestación está contraindicada cualquiera operación quirúrgica.

Los que han visto terminarse fatalmente, comprometida por graves accidentes, la vida de las enfermas que estudiamos, pero que cuentan con la experiencia favorable de operaciones practicadas sobre el quiste sea deliberada-

mente ó por haberse desconocido el embarazo adoptan la ovariotomía, existiendo algunos que prefieran la punción, cuyo número cada día es menor.

Schræder piensa que durante el embarazo, para un tumor ovárico de mediano tamaño, la ovariatomía debe ser la regla y no la excepción. Spencer Wells deja sentado en su 5ª conclusión que tratándose de un tumor sólido ó de un quiste multilocular, la extirpación está indicada y debe practicarse al principio del embarazo, si fuere posible.

Por la división clínica que hemos adoptado á propósito del diagnóstico y que servirá también de base para el estudio del tratamiento, se podrá ver que los casos de quiste ovárico complicados de embarazo no pueden ser comparables entre sí de un modo absoluto, teniendo cada uno su indicación especial, pues mientras algunos permiten la fácil terminación del parto pudiendo ser tratados después de que éste haya pasado, otros reclaman la intervención operatoria urgentemente antes de que aquel se verifique.

Pensando que el estudio del tratamiento no podrá realmente ser útil sino en tanto que cada accidente encuentre su lugar en una clasificación de las indicaciones terapéuticas, procuraremos que todos los métodos de tratamiento tengan su descripción, al mismo tiempo que la indicación de su empleo quede precisada.

Quistes del ovario que obstruyen la pequeña pelvis.

Reducción del tumor.

Los pequeños tumores del ovario se colocan generalmente en el fondo peritoneal de Douglas y á medida que crecen se elevan arriba del estrecho superior para hacerse abdominales. Puede suceder y acontece frecuentemen-

te que al desarrollarse el útero grávido, sean desalojados por este órgano hacia arriba, si no existen fuertes adherencias que los fijen en su sitio de implantación, pero si las hay, el útero se desvía por el enclavamiento del quiste, quedando éste en la excavación. Un tumor de esta naturaleza produce las más veces fuertes dolores en la región sacra y trastornos simpáticos que hacen el embarazo penoso y muy peligroso el momento del parto, por ser causa de distocia; estando además en condiciones de ser desgarrado, contundido, etc., y de dar lugar por estos motivos á inflamaciones, supuraciones y peritonitis que ocasionarán después del parto, en el caso de que éste se termine, graves complicaciones que hay que evitar á la mujer.

Algunos operadores imitando á la naturaleza en estos casos, hacen el rechazamiento ó reducción del tumor, operación por medio de la cual se ensaya hacer subir el quiste ovárico á la cavidad abdominal, desalojándolo de la pelvis, por presiones ejercidas, sea por la vagina ó por el recto. Granville, Chadwick, Habit y Braxton-Hicks han apelado á este recurso con buenos resultados.

Se deberá intentar como primer medio de tratamiento durante el embarazo, pasado el cuarto mes por ser muy común que el útero mismo se encargue en este tiempo de la preñez de la reducción, utilizando de preferencia la posición genu-pectoral, empleando poca fuerza en las maniobras para no romper el quiste y sirviéndose de uno ó dos dedos de una mano, mientras la otra fija las paredes del vientre. De esta manera puede darse cuenta el operador de la marcha de la maniobra. Los que la han practicado dicen que es muy dolorosa, debiéndose emplear como lo hace Braxton-Hicks, la cloroformación.

En el caso de obtener resultado favorable, la enferma permanecerá algunos días en la cama con un vendaje ligeramente compresivo, que se aplicará en todo el vientre.

Es muy raro que descienda de nuevo el tumor por ocupar desde luego el útero su sitio cerrando la entrada de la pelvis; pero si después de algunas tentativas no se lograra el objeto, Heiberg cree que debe apelarse á la extirpación del quiste por medio de la laparotomía.

Punción por la vagina.

Este método de tratamiento que consiste en atacar el quiste ovárico introduciendo un trocar, provisto de su correspondiente cánula por el fondo del saco vaginal posterior para vaciar el contenido del tumor, ha sido puesto en ejecución por Habit, Nenman, Hob y algunos otros, está tan sólo indicado en los casos en que el quiste sea causa de distocia y el parto no pueda terminarse de otra manera. Debe utilizarse un trocar delgado para evitar que las adherencias que provoca casi siempre la punción en esta clase de tumores, sean extensas y compliquen más tarde cualquiera otra intervención quirúrgica.

Aborto y parto prematuro artificial.

Dice Roberto Barnes en sus lecciones sobre las operaciones obstétricas: "Los peligros de ruptura, de estrangulamiento del tumor, del choque consecutivo, de hemorragia y de peritonitis, son tan serios y se presentan tan de improviso, que hay que tratar muy seriamente la cuestión de si se dejarán desarrollar el útero grávido y el quiste ovárico sin intervenir: abstenerse de toda intervención porque el embarazo se haya terminado con frecuencia felizmente es entregarse á la casualidad; no contamos

con algún signo que pueda indicarnos que un tumor se romperá, ó se estrangulará en el curso del embarazo ó del parto.

Los tumores líquidos tienen más probabilidades de romperse, los sólidos pueden torcerse ó estrangularse unos y otros, pueden traer un obstáculo imprevisto y sufrir un traumatismo fatal durante el parto. El organismo puede no tener la fuerza suficiente para soportar este doble fardo, mientras que una intervención juiciosa no trae ningún peligro serio. La observación de un gran número de casos de enfermedades graves, constitucionales y orgánicas complicando el embarazo y los tumores ováricos durante la gestación, me ha conducido á esta conclusión general: que hay que poner más bien término al embarazo y guiarse en seguida por las indicaciones para tratar la enfermedad ó el tumor. Esta conclusión es el resultado de tres órdenes diferentes de observaciones que conspiran todas al mismo objeto: 1º, en un gran número de casos la naturaleza resuelve el problema, *toma el caso de la mano*, y lo termina por el parto prematuro; 2º, en otra serie de casos, en los cuales el parto ha sido provocado artificialmente, se ha obtenido un alivio inmediato y la salud de la enferma; 3º, en otra serie de casos en que el parto no se ha efectuado espontáneamente, ni ha sido provocado, se han producido catástrofes formidables, que han tenido como consecuencia la muerte misma. Hemos pues llegado á concluir, que se necesita reducir el caso al mayor grado de simplicidad, eliminando una ú otra de las dos complicaciones. ¿Cuál debe ser? No se puede pensar seriamente en quitar el tumor por la gastrotomía, y sin esta operación, la eliminación no es sino parcial. Se puede puncionar el quiste, y reducir el volumen bastante para que sea tolerado; si el aborto no es provocado por la punción, y habiendo gran riesgo de que se produzca, lo que queda del tumor podrá estorbar el parto á término.

Hay consideraciones que inclinan fuertemente en favor de la eliminación del embarazo: 1º, el tumor puede ser en gran parte sólido; 2º, aun siendo en gran parte líquido, no podemos saber antes de la punción lo que quedará de sólido, y si ese resto impedirá la fácil terminación del parto ó lo hará peligroso; 3 , la punción del quiste puede ser peligrosa por sí misma, siendo muy fácil que éste vuelva á llenarse. Nos es necesario comenzar por provocar el parto, después tratar de atender la enfermedad, desligada ya de toda complicación; he aquí la regla, la excepción es puncionar."

No es por cierto la opinión del distinguido partero inglés la que profesan los más juiciosos y notables ginecólogos, estando en el día felizmente abandonado de la mayoría de los parteros y cirujanos este método, que coloca desde luego al que lo practica fuera de los límites del sagrado deber que el médico tiene de velar siempre por las dos existencias que le están encomendadas, sacrificando en unos casos inútilmente la vida de un ser indefenso é inocente, y exponiéndola á graves riesgos cuando menos en otros, conducta reprobada por la moral, que aun en el caso de que estuviéramos desprovistos de otros medios cuyo empleo es más razonable, no debería seguirse nunca.

Sujetando el método de Barnes al crisol de la estadística, veremos que en once casos los resultados fueron los siguientes: para la madre, tres enfermas murieron, ocho sobrevivieron. Para el niño, cinco muertos, cinco vivieron, un caso desconocido, es decir 32.10 por ciento de mortalidad para la madre, y suponiendo que el caso desconocido para el niño haya sido favorable, 50.00 por ciento de pérdida para el producto de la concepción. Los resultados simplemente, bastan para juzgar un método, que da contingente tan elevado á la mortalidad.

Hay además otras consideraciones que obligan á des-

echar, sobre todo de un modo absoluto, como su autor lo recomienda el método de Barnes. La mujer que estando embarazada lleva un quiste ovárico sometida al aborto ó parto prematuro, que no están desprovistos como lo quiere el mismo Barnes de riesgos, queda expuesta á los mismos peligros del parto ó aborto y del puerperio, teniendo que verse sujeta, si sale con felicidad de ellos, á una segunda operación, como lo admiten Hegar y Kaltemback, para verse curada del quiste que no retrocederá en su marcha, y que obligará á la enferma á ponerse en manos de un cirujano tarde ó temprano, para obtener el alivio con los peligros de toda intervención quirúrgica.

Existen casos verdaderamente comprometidos de tumores quísticos irreductibles, que obstruyen la pequeña pelvis. Tanier dice, á propósito de los fibromas, que estima que un tumor de este género del volumen de un huevo de gallina, habiendo descendido á la excavación ó colocado en el estrecho superior, puede convertirse en obstáculo serio para la terminación del parto.

Puede suceder que esto que se refiere á los fibromas, sea alguna vez aplicable á un quiste ovárico-pélvico, duro, del volumen de un puño, que es la medida generalmente indicada, que amenace la vida del feto, por ser un obstáculo para su fácil expulsión. Se procederá á un examen minucioso del grado de reductibilidad del tumor y de la permeabilidad de la pelvis, para decidirse á practicar alguna operación, que deberá poner á cubierto la vida del feto y la de la madre, como la reducción del tumor, la punción hecha por la vagina ó la ovariotomía, vaginal ó abdominal.

Ovariotomía vaginal.

Este método tiene precisamente su aplicación, en el caso de que se trate de un tumor quístico pélvico pequeño.

Thomas, de New-York, Goodell, de Filadelfia, Gilmore, Hamilton y otros, lo han practicado con buenos resultados.

Para proceder á ejecutarla, se coloca á la enferma sometida previamente á la anestesia por el cloroformo, en posición tocológica: se hace la desinfección de la vagina por medio de inyecciones antisépticas; evacuados el recto y la vejiga, se introduce un espejo de Sims, y se corta la pared vaginal posterior en la línea media detrás del cuello, en una extensión como de cuatro ó cinco centímetros, se procede á buscar el tumor, que una vez tomado, se punciona por medio del aspirador y se le estira á través de la incisión, sea con el dedo ó utilizando una pinza. Se hace la ligadura doble del pedículo con seda fenicada, enhebrada en una aguja de mango y se secciona. Se introduce un tubo de canalización en forma de T y se sutura el resto de la herida, haciéndose una curación antiséptica, que se sostiene por medio de un vendaje apropiado.

Si la temperatura se eleva ó si el escurrimento se hace fétido, se harán lavatorios de bicloruro de mercurio al $\frac{4}{1000}$ dos veces al día.

Esta operación presta buenos servicios en el caso que venimos estudiando, pudiendo ser empleada, según Heiberg, de preferencia al parto prematuro en el embarazo avanzado que pudiera ser trastornado en el momento del parto, por un quiste irreductible de la pequeña pelvis.

Ovariotomía abdominal.

La ejecución de esta operación es la que, según Remy, deberá preferirse á las demás, practicándose siempre que sea posible, por no ser comparables los peligros que tiene con los que ocasionan los tumores que determinan angustia pélvica, por ser además la que da resultados más seguros

por el perfeccionamiento á que ha llegado en manos de los especialistas; siendo por otra parte, la que deja á la mujer en mejor estado de salud y libre de todos los peligros que ocasiona la presencia de los tumores pélvicos, cuya extracción puede hacerse de un modo completo.

Debe practicarse durante los cuatro primeros meses, porque más tarde el desarrallo del útero haría inaccesible la fosa de Douglas.

Schræder y Rosenthal son de la misma opinión, habiéndola practicado con muy buenos resultados.

Quistes abdominales.

Distintos medios de tratamiento han sido empleados para tratar los quistes ováricos del abdomen, que no han correspondido á lo que se esperaba de ellos, como la electrolisis que ha sido estudiada con cuidado por Mundé. La punción seguida de inyección yodada que también se ha abandonado, por los peligros que tiene y los resultados tan inciertos. La canalización á través de la cavidad peritoneal que es peligrosa y que tampoco ha dado buenos resultados, y la de la vagina que tiene su empleo más bien, como ya lo dijimos al tratar de los quistes pélvicos, en los de pequeño tamaño que se encuentran fijos en la fosa de Douglas.

Nos ocuparemos tan sólo, como llenando indicaciones precisas, de la punción simple y de la ovariotomía.

Tratamiento de los quistes ováricos abdominales por la punción.

Este medio ha sido empleado varias veces durante la preñez complicada de quiste ovárico, y contaba hace algunos años gran número de partidarios que tiende á disminuir cada día.

Stoltz, Treille, Leblond, Duplay, Polaillon, recomiendan recurrir á ella cuando el quiste ocasione algunos accidentes, como dispnea, edemas, trastornos digestivos, etc., pudiendo repetirse varias veces en el curso del embarazo para permitir que llegue á término.

Desgraciadamente no es siempre eficaz en todos los casos, sino tan sólo en los quistes uni ó pauci--loculares pues en los multiloculares ó de contenido espeso nada se obtiene de beneficio para la enferma, y sí se le puede perjudicar gravemente exponiéndola á la peritonitis que ha traído varias veces, hemorragia quística, supuración, torsión del pedículo del quiste con los accidentes graves que á esta complicación acompañan, debido á que la deplesión del tumor lo hace girar sobre su eje.

Debilita á la mujer si se practica repetidas veces y expone á herir al útero grávido, pues cuando existen algunos lóculos de contenido gelatinoso la sensación que éstos dan es la de un cuerpo sólido que impide fijar los límites del útero. La razón más importante que hay según la opinión unánime de los ovariotomistas, es que provoca adherencias de las paredes del quiste que complican la intervención por medio de la laparotomía para hacer la extirpación del tumor que después de verificado el parto tendrá que ser necesaria y las adherencias disminuirán las probabilidades de buen éxito mientras más numerosas y extensas sean.

Sin embargo, puede practicarse según lo aconsejan Hegar y Kaltemback, Olshausen y Spencer Wells en los casos de *distención* extrema del abdomen, que provoque una dispnea intensa en una mujer que ha llegado ya al último término del embarazo, rodeándose de todas las precauciones antisépticas, pues la penetración de gérmenes dañosos en este caso traería la supuración del quiste.

Ovariotomía.

Como queda anotado ya en los breves apuntes históricos que hemos hecho al principio, las primeras operaciones de ovariotomía en mujer grávida fueron practicadas por error de diagnóstico por Spencer Wells, Marion Sims, Atlee, Polloch y algunos otros, teniendo además que añadir que la idea de extirpar al tumor quístico corresponde á Merriman, quien lo había propuesto en 1817.

No se habría realizado al menos tan pronto su propuesta, si la experiencia adquirida involuntariamente no hubiera demostrado que la operación seguida de buen éxito es en estos casos una cosa enteramente realizable.

Burd es el primero que parece haber ejecutado la ovariotomía durante el embarazo, sin diagnosticarlo, el 15 de Septiembre de 1846, habiendo abortado la mujer dos días después de la operación.

El 13 de Noviembre de 1850, Atlee ejecutó una ovariotomía en los primeros meses del embarazo que había sospechado, por indicaciones urgentes; se encontraba la enferma agotada por 16 punciones y la ovariotomía parecía ser el único recurso de salvación. La mujer sucumbió un mes después sin haber abortado, agotada por vómitos incoercibles.

Parece haber sido Marion Sims el primero que practicó la ovariotomía durante el embarazo con buen éxito, sin haber notado la gestación, sino en el momento de la operación que no fué seguida de accidente alguno. Pollock y Spencer Wells operaron después en condiciones análogas, pero tomando el útero por un quiste lo puncionaron. La enferma de Pollock sucumbió mientras que la de Spencer fué salvada por la operación cesárea que se ejecutó inmediatamente. En 1865 Spencer Wells practicó ya esta

operación después de un diagnóstico exacto, por haber sobrevenido ruptura de un quiste, siendo coronada de éxito esta tentativa y otras diez más en las cuales tuvo dos abortos, siendo de notar que se presentaron en mujeres cuya gestación había llegado ya á los siete meses.

Schræder que se constituyó defensor de esta operación, en Alemania, publicó en 1879 los notables resultados de sus siete primeras operaciones de ovariotomía seguidas de otros tantos éxitos. Este cirujano que ha aumentado ya el número de sus operaciones de este género con éxito completo, no ha vacilado en extirpar los fibromas de las paredes del útero grávido.

En Francia se le creyó completamente contraindicada al principio y se le admitió con reserva después estando en la actualidad completamente aceptada. En 1883 Cayla reunió 36 casos de ovariotomía practicados casi todos fuera de su país, y dedujo las siguientes conclusiones:

1ª La ovariotomía puede ser practicada durante el embarazo sin que éste se interrumpa.

2ª Deberá practicarse siempre que se trate de un quiste de desarrollo rápido, multilocular, dermoide ó de contenido coloideo, cuando se pueda creer que el embarazo ó el parto serán trastornados por la presencia del quiste.

3ª La ovariotomía ~~sólo~~ se practicará siempre que haya accidentes graves de inflamación, de supuración, de ruptura del quiste, de torsión del pedículo, de peritonitis que se presente á consecuencia de una punción ó espontáneamente.

Tourmente publicó después del Dr. Cayla 4 casos de ovariotomía seguidos de feliz resultado y concluyó diciendo que no es una contraindicación la preñez para practicar la ovariotomía.

Los resultados felices de la cirugía de vientre como se le llama, en el pleno reinado de la cual se encuentra la Eu-

ropa entera y que se ha tomado entre nosotros con verdadero entusiasmo, justificado por los éxitos lisonjeros que se obtienen, han hecho considerar como verdadera indicación de operar de una manera absoluta el quiste del ovario, por medio de la laparotomía durante el embarazo como lo asegura Thornton.

Nosotros creemos sin embargo, que entre la abstención completa de operar y la indicación absoluta de hacerlo cuando hay quiste ovárico que complica el embarazo, existen casos numerosos que estando colocados en un término medio deberán resolverse prudentemente, atendiendo á la naturaleza del tumor y al estado de la enferma, no olvidándose como decía Merriman que la ligereza y la precipitación son piedras resbaladizas que hacen caer fácilmente.

Por lo que toca á la época de practicarla, los autores aconsejan que sea en el 3º, 4º ó 5º mes del embarazo, fundándose en los resultados de la estadística que demuestran que el aborto se presenta tanto más fácilmente cuanto la operación se practica más próxima á la época del parto ó de la concepción.

Los dos casos de aborto en las once operadas de Spencer Wells se presentaron en enfermas que estaban ya en el séptimo mes, y Terrillon que participa de esta opinión, presenta tres casos de ovariotomía en mujer grávida, en los que sobrevino un aborto en una de las enfermas que tenía seis semanas de embarazada.

Por lo cual se deberá esperar para intervenir á que se verifique el parto si ha llegado ya al séptimo mes, á menos que haya indicación urgente y que pasen tres meses si el embarazo estuviere en el principio.

La ovariotomía practicada durante el embarazo, demanda precauciones especiales que el cirujano debe tener, para evitar que la operación que ha decidido practicar fun-

dado en las indicaciones, sea un motivo para que el embarazo se suspenda.

La antisepcia deberá ser muy rigurosamente observada; supriméndose en el momento de la operación el spray cuya lluvia fina de humedad puede por el enfriamiento, como lo demuestran las experiencias de los fisiologistas, hacer contraer al útero. Este efecto dañoso del frío, hace que el operador procure tener expuesta la matriz el menor tiempo posible al contacto del aire, debiéndose operar lo más rápidamente que la prudencia y una buena ejecución lo permitan.

La incisión se practicará lo más corta posible para que la cicatriz no dañe la solidez de las paredes abdominales que van á ser á poco tiempo tan activas en el trabajo del parto, debiendo practicarse en la línea media para no herir los músculos y procurando que empiece al nivel del fondo del útero cuando menos, lo más lejos posible del pubis para evitar el riesgo de herir la matriz. Si el quiste estuviere hacia un lado se le llevará á la línea media en donde se le podrá mantener para hacer la punción; tiempo de la operación que reclama todo el cuidado y la atención del operador, pues es el momento en que se puede cometer el gravísimo error de herir al útero, que deberá evitarse teniendo en cuenta su situación, consistencia y sobre todo, el color rojo azulado que lo distinguen del que tiene el quiste, que es generalmente blanco ó blanco azulado. En cuanto á los detalles de la operación de la ovariotomía, no hay nada de particular que señalar, ciñéndose en todo á las reglas establecidas para esta operación, pero cuidando según el consejo de Pean, de no tocar el útero ó hacerlo lo menos posible para no despertar su contractilidad. El pedículo debe dejarse perdido asegurándose bien de la hemostasia y desecharse completamente el uso del clamp. Rosenthal atribuye, en su caso de ovariotomía el aborto al estiramiento que producía sobre el útero el pedículo fijado á la herida abdominal.

El aseo de la cavidad peritoneal será completo pudiéndose utilizar el lavado con agua hervida y filtrada á la temperatura de 40° centígrados, que tiene la ventaja de retirar del fondo de Douglas los líquidos que hubieran podido depositarse sin necesidad de introducir esponjas ó lienzos para recogerlos, en cuya maniobra inevitablemente se tendría que tocar el útero.

La colocación de las suturas en la herida abdominal tiene una gran importancia. Hay que tener presente que queda otro tumor dentro de la cavidad abdominal: el útero grávido que puede por la presión contra las paredes del vientre ocasionar, como se refieren dos hechos, uno de Thornton y otro de Von Wahl, hernias de los intestinos, si no se ponen en número suficiente, tanto profundas como superficiales. Se procede en seguida á hacer la curación antiséptica del modo ordinario y se coloca á la enferma en su lecho, teniendo cuidado de no seguir la costumbre, generalmente aceptada entre los ovariotomistas, de poner vejigas de hielo sobre el vientre, que tanto por el peso, cuanto por la acción del frío, están estimulando al útero, pudiendo ser causa de aborto. Pean y Baum han visto sobrevenir el aborto por este motivo. Schræder tuvo que suprimir el uso de este medio en una enferma que empezaba á sentir los dolores; el aborto se suspendió.

El uso de pequeñas lavativas laudanizadas previene las contracciones uterinas; se deberá poner una ó dos con 10 gotas de láudano, con intervalo de 3 horas.

Doy por terminado este desaliñado trabajo, que yo el primero encuentro lleno de incorrecciones y defectos, muy distante por su insignificancia de ser presentado á la ilustración del respetable jurado que va á juzgarlo, pero en cuya benevolencia sin embargo confío, pues creo tendrá presente que no todo se allana con buena voluntad.

México, Agosto de 1890.

Filogonio Alcántara.

